

Ihmisten koulutuksen, elämäntapojen ja elämäntapa-alueen välillä on tutkimuksissa havaittu mielenkiintoisia yhteyksiä, joihin myös julkinen sana on kiinnittänyt huomiota. Esimerkiksi Helsingin Sanomien pääkirjoituksessa 5.7.1990 asiaan kajotaan tavalla, joka antaa aihetta jatkokeskusteluun myös muilla foorumeilla:

”Työttömyys ja satunnaiset työsuhteet näyttävät Suomessa olevan erityinen riski, joka näennäisen hyvistä sosiaaliturvasta huolimatta syrjäyttää ihmisen ja saattaa johtaa ennenaikaiseen kuolemaan.

Raskaat ja huonoimmin palkatut työt kasautuvat vähiten koulutetuille. Kuluttava puurtaminen aiheuttaa omat tautinsa, joiden hoitoon ihmisillä ei ole riittävästi henkisiä ja aineellisia voimavaroja. Rahan puute pakottaa tyytymään heikkotasoiseen asuntoon, eikä tietoa terveellisistä elämäntavoista osata omaksua.

Pahinta on, että eriarvoisuus alkaa jo lapsuudessa eikä tasoi- tasi kovin paljon edes eläkevuosina. . . Jos terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman tavoite halutaan toteuttaa ja supistaa kuolleisuuseroja parantamalla lyhytikäisimpien terveyttä, nykykeinot eivät riitä. Tilanteen syyt on tutkittava tarkemmin ja tulokset tuotava laajaan yhteiskunta- ja terveyspoliittiseen keskusteluun.”

### *Varoittavia povauksia*

Sosiaalihuollituksen julkaisussa ”Päihdehuollon tiedotus ja vaikutus” pohditaan yhteiskunnan halkeamista A- ja B-osaan. Ensiksi mainittuun kuuluisivat ne kansalaiset, ”joilla on tietoa, taitoa, terveyttä, luotettavuutta, tehokkuutta, sopeutumiskykyä ja miellyttävyyttä”, jälkimmäiseen taas kaikki ne, joiden sosiaalista kelpoisuutta huonontaa mikä tahansa ”kauneuspilkku”. Karsivana lisätekijänä toimivat esim. ammattikoulutuksen puute, korkea ikä, sairaus, päihteen käyttö tms. Julkaisussa hahmotellaan myös vieroksum- taan ryhmien kesken: A-kansalaisilta väheksyntää, tuomiota ja kiukkuja sellaista kuormaa kohtaan, jota ”kunnon kansalaisten” on vedettävä; B-ryhmäläisiltä kateutta ja koston- halua toisten menestyksestä ja ”hällä väliä” -suhtautumista todellisten vaikutusmahdollisuuksien puuttumisen takia. Myöskään ”työväen poliittiset ja ammatilliset järjestöt eivät tunne aitoa solidaarisuutta uutta ’epäluokkaa’ kohtaan ei- vätkä aja sen etuja”.

Samoja kateuden, kaunaisuuden, herravihan ja yle- myyden tunteeseen eristäytymisen elementtejä on pohdis- keltu jo aikaisemminkin (Virtanen 1982).

Painokasta ja tänään yhä ajankohtaisempaa ajateltavaa antavat Alkohol och narkotika -lehden numerossa 3/1981 julkaistut tutkimukset alkoholisoituneitten isien lasten koh- taloista. Ingmar Nylander oli todennut jo vuonna 1958, että kyseisillä lapsilla oli normaalilajakuudesta huolimatta usein kouluongelmia. Lisäksi heillä oli muita enemmän kes- tämättömyysoireita, joita kuitenkin hoidettiin somaattisen terveydenhoidon piirissä. Per-Anders Rydelius puolestaan

totesi 20 vuotta myöhemmin suoritettussa jälkitutkimukses- sa, että pojista joka kolmannella oli alkoholiongelma ja että lähes puolet heistä oli rikosrekisterissä. Alkoholistiperhei- den tytöillä puolestaan oli silmiinpistävän runsaasti ”nais- tenvaivoja”. Huomion arvoista kuitenkin on, että ennen kaikkea pojat saivat aikuisina huomattavia sosiaalisia so- peutusvaikeuksia, sairastivat runsaasti sekä psyykkisiä että elimellisiä tauteja, käyttivät väärin alkoholia ja huu- meita ja olivat sosiaali- ja terveydenhoitopalvelujen ”suur- kuluttajia”.

Nyt suomalaiset tutkijat (Rimpelä & al. 1990) toteavat saman: epäsuotuisa elämäntietä — ennenaikainen kuole- ma mukaan lukien — uhkaa enemmän poikia kuin tyttöjä. Poikia kiinnostavat enemmän kuin koulu monet muut asi- at: urheilu, porukkaan kuuluminen, erilaiset kokeilut, ty- tö- t, fyysinen toiminta. Tutkimusten mukaan tytöt ”kiltim- pinä” ja alistuvampina suorittavat annetut tehtävät tunnol- lisemmin kuin pojat, myös koulun. Esimerkiksi ylioppilais- sa on tytöillä selvä yliedustus, ei vain määrällisesti vaan myös arvosanojen tason perusteella. Tytöt saavat niin ollen selvän etumatkan elämässä onnistumiselle ja parantavat edelleen asemiaan elämällä terveellisemmin ja pitkäjänteis-emmin kuin miehet. Mieheksi syntyminen on jo sisänsä riskitekiä nopean kulumisen suhteen (psyykinen ja ai- neenvaihdunnallinen aktiivisuus). Harkitsemattomat elä- mäntavan valinnat jyrkentävät alamäkeä.

### *Omia havaintoja*

Alkoholiongelmaisia perheitä on hoidettu Järvenpään sosiaalisairaalassa vuodesta 1959 alkaen (Koistinen 1989). Hoidettuja koskevista havainnoista käy selville mielenkiin- toinen kehitys. Kun vielä 1970-luvun puolivälissä hoitoon tuli kokonaisia perheitä, juova isä, raitis tai kohtuullinen äi- ti, lapset, on näkymä nyt aivan toinen.

Pelkästään avohoidon kehittymisen ansioksi ei voida las- kea sitä tosiseikkaa, että ”raittiiden osuus on huvennut ole- mattomiin”. Tätä nykyä molemmat puoliset ovat juoppo- ja, usein hyvinkin löysästi yhteen liittyneinä. Usein suhde on alkanut ja jatkunut päihtyneenä, vasta hoidon aikana opetellaan tuntemaan toista. Monesti suhteet hajoavat, kun selvänä ei halutakaan sellaista kumppania, jollainen on hu- malassa sattunut löytymään. On tavallista, että lapset ovat monista parisuhteista. Lasten laiminlyönti on yleistä, hoi- toon tullaan vasta lastenvalvojan aloitteesta esim. huos- taanoton uhatessa.

Toinen perhetyyppi on juova yksinhuoltaja lapsineen.

Laitoksen näkemys syntyy vaikeimpien tapausten pohjal- ta, mutta oletettavasti 1970-luvun alkupuolellakaan ei lähe- tetty laitoshoitoon helpoimpia perheitä. Tapahtunut kehitys mittaa ilmeisesti sittenkin todellista muutosta.

Myös päihteen ongelmakäytössä näyttää tapahtuneen muutos. Kauan työssä ollut hoitohenkilökunta valittua, että ”vanha kunnon perusjuoppo” on kokonaan kadonnut ja ti-

lalle tullut moniongelmainen potilas, joka sukkuloi yhtäläisin oikeuksin sosiaalihuollon, päihdehuollon ja psykiatrian välillä. "Perusjuoposta" poiketen hänellä on käymättä peruskoulu, häneltä puuttuvat ammattikoulutus ja -kokeus, hänellä ei ole pysyviä ihmissuhteita eikä paikkaa, johon hän voi palata hoitojakson jälkeen. Päihteeksi "perusjuoppo" tunnisti vain viinan; moniongelmaiselle kelpaa kaikki, mitä sattuu saamaan ja millä voi välttää selvän päivän. Hän on valmis ottamaan tuntematonta ainetta — vaikka rotanmyrkyä Diapamina (Marevan- ja Diapam-tabletit ovat täsmälleen samannäköisiä; Järvenpään sosiaalisairaalan potilastapaus v. 1990), kunhan hän voi ajatella saavansa hetken tokkuran.

Tapahtunut muutos voidaan ilmaista myös numeroin. 1970-luvulla sekakäyttäjien osuus oli sisäänkirjoitetuista sosiaalisairaalan potilaista 9—10 prosenttia. Vuoden 1988 otannassa vastaava osuus oli 31 prosenttia. Narkomaani-sekakäyttäjien osuus päihdehuollon yksiköissä oli 1980-luvun alussa selvityksen mukaan 1,5 prosenttia, sosiaalisairaala-ssa vuonna 1988 peräti 6 prosenttia. Tämän päivän yleisvaihtelma on, että suurin osa laitospotilaista käyttää ainakin ajoittain jotain lääkettä alkoholivaikutusta tehostaakseen, joskin peruspäihde on alkoholi lähes kaikilla.

Lainsäädännölliset toimet 1980-luvulla ovat saaneet aikaan sen, että laitoshiitoon tulijoiden sosiaaliluokkien vertailu ei ole kovin hedelmällistä. Kokonaisyhteiskunnan eräitä trendejä kuvannee kuitenkin se, että kun 1970-luvun lopulla sosiaalisairaalan klienteeli nimenomaan miesten osalta oli sosiaalisessa asteikossa yli suomalaisen väestön keskitason, se on nyt selvästi alle keskitason. "Menestyvät ja hienot" ihmiset eivät alistu hakemaan sosiaalitoimistosta maksusitoumusta, joka on kaikille pakollinen; ennen Valtava-lainsäädäntöä sosiaalisairaalan potilaista jopa 70 prosenttia vastasi hoitomaksuistaan itse.

Onko niin, että sosiaalivaltion on alistettava kansalaisensa sosiaalikuriin piittaamatta hoidon mielekkyydestä? Ainakin tämän päivän hoitoon tulija on entistä kroonisempi, entistä useammin monia hoitoja läpikäynyt, entistä irrallimpi, entistä syrjäytyneempi.

Kun toimintatapojamme kritisoidaan, saakoon kritiikkiä myös se ihmiskuva, jonka pohjalla toimimme. Sosiaalihuollon periaatekomitean mukaan luotamme ihmiseen, joka on oma-aloitteinen, omavastuinen, itsesäätoinen. Hoitotyössä näemme kuitenkin ihmisen, joka on käyttänyt päihteitä väärin keskimäärin toistakymmentä vuotta, on psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti päihteistä riippuvainen, yhteiskunnan ulkopuolelle lähes täysin ajautunut. Hän kieltää oman vastuunsa päihteen käytöstä, kaunistelee tilannettaan, näkee käytön syyt jossain muualla kuin itsessään ja uskoo löytyvän jonkin tehokkaan hoitokeinon, jolla hän toipuu päihdeongelmasta ilman omaa vaivannäköä, hoitajan pätevyyden tai jonkin ihmelääkkeen avulla. Pitkällisin ponnistuksin saavutettua raittiuttaan hän ei välitä ylläpitää, mikä näkyy mm. Annikki Savion tutkimuksesta 1980-luvun alussa: Kun tarkoituksenmukaisessa avohoidossa ennen laitokseen tuloaan oli ollut 16 prosenttia sosiaalisairaalan potilaista, tarkoituksenmukaisesta avohoidosta käytti puoli vuotta kestäneen seurannan aikana samoista ihmisistä vain 15 prosenttia. Sen sijaan avohoidon tilapäispuveluja krapula- ja selviämishoitoina käytti lähes puolet lai-

toshoidossa olleista. Illuusioiden ovat illuusioita, laatipa ne mikä komitea tahansa. Päihdepotilasta koskevaa realiteettia hoidon jatkuvuuden ylläpitämisessä kuvaa kokeneen työntekijän lausahdus, että juopossa pitäisi nähdä sama kyltti kuin VR:n säiliövaunuissa: "Saattaen siirrettävä".

Hoidon jatkuvuuden puute kuvaa luonnollisesti päihteen käyttäjän yleistä kyvyttömyyttä huolehtia asioistaan pitkäjänteisesti. Samaa irrallisuutta ja vieraantuneisuutta osoittanee myös se, että useita kuukausia jatkuneiden henkilökohtaisten keskustelujen jälkeen päihteen käyttäjä saattaa olla autuaan tietämätön keskustelukumppaninsa nimestä. Tai se, että pitkään laitoshiitojaksoon sisältyy vain alkua ja loppuhaastattelu, muuhun kontaktiin henkilökunnan kanssa potilasta tuntuu olevan mahdotonta saada. Sen sijaan auringokylpyjä otetaan uutterasti; vastaavan valohoidon antamiseen autolleen juoppo tuskin kuitenkaan olisi tyytyväinen.

### *Yhteiskunta muuttuu*

Yksilön käytöstä ja kokemista on tietenkin tarkasteltava yhteiskunnallista taustaa vasten. Tässä mielessä tärkeitä ovat varmasti monet viime vuosikymmenien tapahtumat. Ydintuhon ja koko maapallon tuhon uhka; ekokatastrofi, josta ihmiset alkavat vähitellen tulla tietoisiksi; tiedotusvälineiden aiheuttama maapallon kutistuminen ja informaatiotulva; tietoisuus kaikkien normien suhteellisuudesta ja tarve tarkistaa omia normeja; väkivallan tunkeutuminen omiin olohuoneisiimme jne. Omassa yhteiskunnassamme ammattirakenteiden ja arvostusten murros, maalta pako ja kaupungistuminen, sukupuolten tasa-arvoistuminen ja roolien lähentyminen, kansallinen perhe- ja lapsipolitiikkamme. Viimeksi puheet Euroopan yhteismarkkinoista, jolloin avautuvat näköalat kuin vuorenhuipulta: vapaa työliikkuvuus, vapaa omien voimien kokeilu — ja vapaa halpa viina. Ilmeisesti myös vapaammat ja halvemmat huumeet.

Yhteiskunnan makrokehitystä ei voi vastustaa eikä varmasti ole viisastakaan vastustaa. Silti jotkut tahot ovat jo ehtineet julkituoda huolestumisensa. Mm. päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä korosti alkoholipoliittisessa ohjelmassaan (1989), että on tärkeää olla valpas tulevien tapahtumien suhteen ja varautua siihen, mitä ei voida välttää. Olisi naiivia kuvitella, että suurten yhtymisten kyseessä ollessa Suomi voisi valita pelkkää hyvää. Muutos tuo mukanaan tietysti ruusuja, mutta vuorenvarmasti saamme ne piikkien kanssa. Veikkaan monenlaisia ongelmia hintojen (ei vain maataloushintojen), työllisyyden, koulutuksen jne. suhteen, ei ainoastaan viinan kanssa.

Näkemykseni on, että hahmotellussa muutoksessa hyvin koulutetut, hyvin ammattitaitoiset, hyvään itsekuriiin kykenevät saavat tilaisuuden tähdenlentoonsa; huonosti koulutetut, impulsiiviset hetken lapset, helpointa tietä haakevat slummiutuvat yhä pahemmin. Hyvinvoinnin paraneminen muutamille tuo vääjäämättä syrjäytymistä toisille, siihen on varauduttava.

Yhteiskunnan laajat säätelykeinot, lähinnä lainsäädäntö, antavat ilmeisesti enemmistölle parantuneet toimintaolosuhteet. Osalle ne merkitsevät huonontumista, niin kuin olemme nähneet päihdeongelmallisille käyneen Valtava-lainsäädännön takia. Kun uusin toimin yhteiskuntaa kehite-

tään, esim. juuri nyt Euro-avautumisessa, on syytä yrittää ennakoita, mitä huonoa aiheutuu tahtomattamme ja kenelle. Hoitolaitoksen näkymät muutamalta viime vuosikymmeneltä antavat aiheen väittää, että erittäin huonosti voiva kansanosa on kasvamassa. Näitten havaintojen perusteella ei ole mitään syytä unnuttautua tyytyväisyyteen, vaan "tilanteen syyt on tutkittava tarkemmin ja tulokset tuotava laajaan yhteiskunta- ja terveystaloudelliseen keskusteluun."

### *Kirjallisuus*

Barn till alkoholiserade fäder. Temanummer. Alkohol och narkotika 75 (1981): 3

Epätasa-arvoinen kuolema. Pääkirjoitus. Helsingin Sanomat 5.7.1990

Järvenpään sosiaalisairaalan vuositilastot 1972—89

Koistinen, Paavo: 30 years of inpatient family therapy for alcoholics. ICAA:n kongressi, Pariisi 1989

Päihdehuollon tiedotus ja vaikutus. Sosiaalihuollituksen julkaisu 3/1983. Helsinki 1983

Rimpelä, A. & al.: Nuorten terveystottumusten väestöryhmittäiset erot ja elinolot 1977—1987. Lääkintöhallituksen julkaisu 1/1990. Helsinki 1990

Virtanen, M.: Änkyrä, tuiske, huppeli. Muuttuva suomalainen humala. Juva: WSOY, 1982.

*Paavo Koistinen*

---

## *Alkoholilolot ja alkoholitutkimus Uudessa-Seelannissa*

Eurooppalaiset kauppiat ja siirtomaavallan edustajat toivat alkoholijuomat Uuteen-Seelantiin. Ensimmäinen aniskelupaikka (pub) avattiin 150 vuotta sitten Russell-nimisessä kaupungissa, pohjoisen saaren itärannikolla, vain vähän sen jälkeen, kun Uusi-Seelanti oli liitetty brittiläiseen imperiumiin. Paikan oli aikoinaan valinnut kapteeni Cook sen oivallisen sataman ja helposti puolustettavan sijainnin vuoksi.

1800-luvun julkinen humalassa esiintyminen ja siihen liittyvät sosiaaliset ongelmat loivat perustan Uuden-Seelannin raittiusliikkeelle. Raittiusliike melkein onnistui hankkeessaan saada kieltolaki Uuteen-Seelantiin. Mutta vaikka täydellistä kieltolakia ei säädettykään, alkoholin saatavuus väheni 1900-luvun alussa huomattavasti, koska oli mahdollista säätää paikallisia kieltoja.

Tämä suuntaus kääntyi kuitenkin päinvastaiseksi 1950-luvulla, kun taloudellinen kehitys parani, ja jatkui vielä vaurailla 60- ja 70-luvulla. Samoin kuin muissa maissa, joissa alkoholin saatavuus liberalisoinnin myötä parani ja alkoholijuomien tehokas markkinointi käynnistyi, myös Uudessa-Seelannissa henkeä kohden laskettu alkoholin kulutus lisääntyi erittäin paljon, samoin lisääntyivät alkoholieltoiset ongelmat.

Tuona aikana terveydenhuolto otti enenevässä määrin vastuuta alkoholiongelmista; Uuden-Seelannin hyvin kehittynyt hyvinvointivaltio kohtasi lisääntyvät alkoholiongelmat tarjoamalla alkoholismi-sairaudesta kärsiville hoitoa sairaaloissa. 1970-luvun alun taloudelliset vaikeudet kuitenkin estivät julkisen sektorin rahoittaman lääketieteellisen hoitojärjestelmän jatkuvan laajentamisen.

### *ALAC*

Uuden-Seelannin kuninkaallinen alkoholikomitea (the Royal Commission of Inquiry on the Sale of Liquor in New Zealand) ehdotti vuonna 1974 julkistetussa raportissaan perustettavaksi pysyvän neuvoston/lautakunnan (council), jonka tehtävänä olisi edistää "vastuullista alkoholin käyttöä ja minimoida alkoholin väärinkäytöstä aiheutuvat ongelmat". Hallitus hyväksyi suosituksen, Alcoholic Liquor Advisory Councilia (ALAC, Alkoholijuomalautakunta) koskeva laki hyväksyttiin vuonna 1976, ja ALAC aloitti toimintansa seuraavana vuonna.

ALAC on statukseltaan QUANGO (Quasi Autonomous Non-Governmental Organization) eli lähes itsenäinen ei-valtiollinen järjestö. Neuvoston jäsenistä kolme edustaa eri ministeriöitä: sosiaali-, terveys- ja valtiovarainministeriöitä. Muut viisi nimittää oikeusministeri. Vuodesta 1979 neuvoston toiminnanjohtajana on toiminut Keith R. Evans.

Neuvoston jäsenistön nimitysperusteita on kritisoitu; kauppa- ja teollisuusministeriö ei ole edustettuna, eivätkä liioin muut ei-valtiolliset järjestöt, joiden toimintaan alkoholiasiat kuuluvat, eikä mikään takaa, että yksittäiset jäsenet ovat henkilöitä, joilla on aikaisempaa kokemusta alalta tai kiinnostusta alkoholiasioihin (Casswell 1985).

ALAC:lla on kolme aluetuomistoa, päätoimisto sijaitsee Wellingtonissa. Henkilökuntaa on noin 20.

ALAC:n tehtävänä on "edistää kohtuullista alkoholin käyttöä, vähentää alkoholin väärinkäytöstä aiheutuvia henkilökohtaisia, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia". ALAC:n kolmena ensimmäisenä vuotena toiminnan paino-